CLINIQUE

POUR LES

MALADIES DES YEUX

SES TROIS PREMIÈRES ANNÉES D'EXISTENCE

COMPTE RENDU

SUIVI DE

CONSIDÉRATIONS SUR L'OPÉRATION DE LA CATARACTE

ET CELLE

DE LA PUPILLE ARTIFICIELLE

PAR

AUG. BARDE

Docteur en médecine de la Faculté de Berlin

Ancien chef de clinique ophthalmologique du Dr Meyer à Paris

GENÈVE

LIBRAIRIE H. GEORG

MÊME MAISON A BALE ET A LYON

1873

Genève. — Imprimerie Ramboz et Schuchardt.

1652 62 e

A LA MÉMOIRE

DE

ALBRECHT VON GRÆFE

MON MAITRE VÉNÉRÉ

A LA SOCIÉTÉ MÉDICALE

DE GENÈVE

Digitized by the Internet Archive
in 2014

https://archive.org/details/b21636102

CLINIQUE POUR LES MALADIES DES YEUX

A GENÈVE

I

Statistique.

Ouverte le 29 novembre 1869, ma clinique pour les maladies des yeux compte aujourd'hui trois années d'existence; pendant ce laps de temps, sa clientèle s'est accrue modestement et je crois qu'il est maintenant de mon devoir de faire connaître au public et aux médecins genevois quelques détails sur la marche de cette institution, de leur communiquer les expériences que j'ai eu l'occasion d'y faire et les résultats que j'ai pu y obtenir. Cette clinique a, je dois le dire, rempli une lacune vivement sentie à Genève, sentie autant par les médecins que par le public lui-même : j'en prendrai pour seule preuve le nombre excessivement restreint de personnes atteintes de maladies d'yeux qui vont chercher à l'hôpital le secours médical [1]. Cette disproportion entre les besoins réels d'une

[1] En 1869, 31 malades; en 1870, 20 malades.

population aussi considérable que celle de Genève et du rayon avoisinant et ce qui se fait pour y subvenir, a une cause plus sérieuse que l'antipathie des malades en général et des Genevois en particulier pour le séjour dans un hôpital, je veux parler de l'absence dans le dit hôpital d'un service spécial pour les maladies des yeux. Il paraît oiseux de répéter ici, ce dont toute personne qui réfléchit doit être convaincue, que les maladies des yeux nécessitent des soins spéciaux et que ces soins spéciaux ne peuvent en *aucune manière quelconque* être donnés dans une salle ordinaire d'hôpital. Il est non moins évident, je crois, que, outre la question d'emplacement (question qu'à la rigueur quelques bourses généreuses pourraient facilement vider), un service pareil doit être confié à des *hommes spéciaux*, ayant fait des maladies des yeux une étude spéciale et approfondie, et ayant souvent eu l'occasion de pratiquer les opérations que les affections particulières de cet organe rendent indispensables. Je ne crains pas d'être démenti par personne en affirmant que pour oser consciencieusement pratiquer sur un œil une opération aussi délicate que celle de la cataracte ou de la pupille artificielle, il faut pour ainsi dire vivre journellement avec ces maladies, en voir constamment et beaucoup : or si un chirurgien est à la tête d'un nombreux service général d'hôpital, il lui manquera justement le champ d'observation et d'activité que je crois nécessaire et indispensable pour développer la technique de la chirurgie oculaire. J'irais même plus loin et serais disposé à croire que la pratique elle-même de la chirurgie générale est un obstacle invincible à l'exécution parfaitement exacte et raisonnée d'opérations sur les yeux. Du moins, il se passe dans les hôpitaux de Paris des choses qui, comparées aux services spéciaux des universités allemandes et des écoles anglaises, pour ne parler que du point de vue technique seul, m'ont paru monstrueuses. je maintiens le mot. Qu'il

me soit permis de ne pas citer de noms, il me suffit d'affirmer que j'ai vu de quoi justifier l'affirmation qui précède. Nous ne vivons plus dans le temps où un seul médecin pouvait embrasser le terrain immense, je dirai même gigantesque de la médecine : aussi Genève ne saurait rester en arrière de toutes les villes principales de la Suisse : Lausanne, Berne, Bâle, Zurich ont des établissements spéciaux, souvent même très-richement dotés : devrons-nous toujours en être réduits à être leur tributaire ? Espérons que non et que l'on se décidera enfin à prendre une mesure commandée par la nécessité la plus urgente, et réclamée par l'humanité la plus élémentaire [1]. En présence donc de ce dilemme, d'un côté point de service ophthalmologique à l'hôpital, de l'autre une foule de malades incapables de trouver chez eux des conditions de guérison, l'existence d'une clinique particulière était commandée. Aussi tel a été mon premier désir et mon premier soin, dès le jour où je me suis fixé à Genève. Si, limité à mes propres ressources, et privé de toute assistance matérielle quelconque, je n'ai pas pu, sous le rapport de la gratuité, entrer en concurrence avec des établissements voisins, au moins puis-je avoir la satisfaction d'avoir rendu à de nombreux indigents de véritables services et leur reconnaissance sera ma meilleure récompense.

Je remercie ici mes amis, messieurs les docteurs Goudet et Odier qui ont bien voulu me prêter leur concours assidu et désintéressé et dont l'assistance pendant les opérations m'a été très-précieuse.

La clinique, place de la Fusterie n° 5, au 2me étage, contient cinq lits : elle est tenue par une garde-malade, Mme Mon-

[1] Ces lignes étaient rédigées, lorsque a paru la brochure du Dr G. Haltenhoff qui nous paraît résumer parfaitement la question.

nard, dont je ne saurais assez louer la diligence et le savoir faire.

Les journées de malades ont été en 1869-70 au nombre de 889 pour 89 malades : en 1871 de 933 pour 89 malades : en 1872 (ult. 29 nov.) de 1016 pour 106 malades : le nombre total de 2838 journées (moyenne de séjour pour chaque malade : 10 journées) a été fourni en grande partie par des cas opératoires, ayant dû me borner pour de simples maladies aux cas vraiment urgents.

Je dois noter que dix-neuf semaines de service militaire pendant ces trois années ne m'ont pas facilité la tâche et ont eu une influence très-nuisible sur le recrutement de la clinique.

A cette clinique est jointe une consultation (policlinique) publique de 11 heures à midi, cinq fois par semaine, gratuite pour tous ceux dont la position l'exige. J'ai inscrit pendant ces trois ans 1985 malades dont je fais suivre ici le classement par formes morbides, en faisant remarquer que naturellement chaque malade est noté autant de fois qu'il présente d'affections particulières, avec cette restriction cependant que lorsque les deux yeux sont atteints de la même maladie, ils ne comptent que pour un.

1° *Maladies des paupières.*

Blépharite ciliaire	76
Hordeola (Orgelets)	20
Chalazions	15
Abcès	11
Distichiasis et Trichiasis	8
Ectropium	11
Entropium	4
Symblepharon	1
A reporter	146

Report	146
Cancroïde	2
Brûlures	5
Eczema	4
Kystes	3
Ecchymoses traumatiques	7
	167

2° *Maladies de la conjonctive.*

Conjonctivite catarrhale aiguë	72
Conjonctivite catarrhale chronique	110
Conjonctivite exanthématique	17
Conjonctivite phlycténulaire et kératite marginale	96
Conjonctivite granuleuse	15
Conjonctivite puro-muqueuse	70
Conjonctivite purulente des nouveaux-nés	9
Idem au-dessus de six semaines	8
Conjonctivite diphthéritique	1
Conjonctivite traumatique	8
Ecchymoses sousconjonctivales traumatiques	7
Idem non-traumatiques	10
Brûlures	1
Pterygium	8
Tumeurs	2
Corps étrangers [1]	32
	466

3° *Maladies de la cornée.*

Kératite phlycténulaire	139
A reporter	139

[1] Le chemosis n'étant qu'un symptôme, ne doit pas trouver de place dans cette classification.

Report	139
Taies anciennes (enflammées ou non) Pannus scrophulosus des anciens	83
Pannus trachomatosus	4
Kératite en bandelettes	27
Ulcères superficiels	48
Kératite traumatique	18
Abcès et ulcères profonds	38
Kératite à hypopyon (Roser)	10
Kératite parenchymateuse	20
Infiltration circonscrite (umschriebenes Hornhautinfiltrat von Græfe)	68
Infiltrations multiples	32
Staphylôme de la cornée	10
Staphylôme de l'iris et de la cornée	12
Leucome adhérent	20
Blessures	7
Corps étrangers	61
	597

4° *Maladies de la Sclérotique.*

Épisclérite	1
Blessures	3
	4

5° *Maladies de l'Iris et de la Choroïde.*

Iritis aiguë	51
Iritis chronique et synéchies post. circonscrites	51
Synéchies post. totales et irido-choroïdites	28
Prolapsus de l'iris	11
Iridodialyse traumatique	3
A reporter	144

Report	144
Hypohœma	6
Corps étrangers	1
Mydriasis	7
Myosis	1
Coloboma iridis congénitum	1
Choroïdite atrophique et disséminée	22
Glaucome absolu	10
Id. aigu	2
Id. chronique	13
Sclérochoroïdite et staphylôme antérieur de la sclérotique	6
Sclerochoroïdite et staphylôme postérieur avec altérations choroïdiennes étendues	12
Ophthalmie sympathique	7
Iridocyclite	3
Tumeurs gliomateuses (OEil de chat amaurotique Beer)	3
	238

6° *Maladies de la Rétine et du Nerf optique.*

Rétinite syphilitique	2
Rétinite albuminurique	4
Rétinite hémorrhagique	1
Décollement rétinien	12
Embolie de l'artère centrale de la rétine (?)	1
Neuro rétinite	2
Choroïdo-rétinite	2
Névrite optique	2
Atrophie du nerf optique	26
Amblyopie (ohne Befund v. Græfe)	34
A reporter	83

Report	83
Asthénopie	26
Fibres nerveuses à double contour du nerf optique	1
Simulation d'amaurose	1
	111

7° *Maladies du Cristallin.*

Cataracte commençante	43
Cataracte sénile dure (gros noyau)	39
Id. demi-molle	24
Cataracte liquide	3
Cataracte étoilée	4
Cataracte zonulaire	4
Cataracta accreta	11
Cataracta silicata	3
Cataracte polaire antérieure	3
Cataracte polaire postérieure	6
Cataracte congénitale totale	2
Cataracte traumatique	20
Cataracte glaucomateuse	5
Cataracte secondaire	15
Luxation du cristallin opaque	3
Id. transparent	1
Aphakie	21
Corps étranger	1
	208

8° *Maladies du corps vitré.*

Opacités étendues	23
Hémorrhagies	12
	35

9° *Maladies du globe.*

Microphthalmus	1
Phthisis bulbi	26
Carcinoma bulbi	3
Panophtalmitis	7
Anophthalmus	3
	40

10° *Maladies de l'orbite.*

Carie du maxillaire supérieur	1

11° *Maladies des muscles et nerfs extrinsèques.*

Strabisme concomitant convergent	29
Id. divergent	15
Id. seorsum vergens.	1
Strabisme alternant	3
Paralysies 3e paire	7
Id. 4e paire.	3
Id. 6e paire	3
Ptosis	5
Nystagmus	4
Blépharospasme.	5
Insuffisance des muscles droits internes	16
	91

12° *Maladies des muscles intrinsèques.*

Presbyopie	55
Parèse de l'accommodation	6
	61

13° *Maladies de la réfraction.*

Myopie	55
Hypermétropie	71
Astigmastisme (régulier et irrégulier)	14
	140

14° *Maladies de l'appareil lacrymal.*

Epiphora (avec ou sans strictures du canal nasal)	63
Dacryocystite	15
Dacryocystoblennorrhée	41
Carie des os du nez	7
	126

Récapitulation.

Maladies des paupières	167
Id. de la conjonctive	466
Id. de la cornée	597
Id. de la sclérotique	4
Id. de l'iris et de la choroïde	238
Id. de la rétine et du nerf optique	111
Id. du cristallin	208
Id. du corps vitré	35
Id. du globe oculaire	40
Id. de l'orbite	1
Id. des muscles extrinsèques	91
Id. des muscles intrinsèques	61
Id. de la réfraction	140
Id. de l'appareil lacrymal	126
Total	2285

Les opérations pratiquées pendant le même laps de temps ont été au nombre de 188 :

Sur 137 malades,
Sur 167 yeux,

et se répartissent ainsi :

Cataracte, discision	7
Id. extraction	46
Cataracte secondaire (discision)	2
Iridectomies	87
Pupilles artificielles	14
Strabotomie, droit interne	12
Id. droit externe	3
Énucléations	12
Extirpation de l'œil	2
Péritomie de la cornée	1
Pterygium	1
Staphylôme de la cornée	1
	188

Je n'ai noté ici que les opérations importantes, n'ayant malheureusement pas enregistré d'une manière suffisamment complète celles de moindre importance, telles que : opération de Bowmann (plus de 100 fois), paracentèses de la chambre antérieure (plus de 30 fois), ouvertures d'abcès, extirpation de chalazions, de kystes palpébraux, de corps étrangers sur la cornée (au moins 61), excision de prolapsus de l'iris, etc., etc.

II

Considérations cliniques et thérapeutiques.

Qu'il me soit permis de dire quelques mots au sujet de cette longue énumération. Aucune classification de maladies n'est inattaquable: chacune, au contraire, prête le flanc à des critiques très-fondées, la mienne aussi bien que les autres, quoiqu'il doive sembler que lorsqu'il s'agit de maladies que l'on voit aussi directement l'entente soit bien simple.

Or parmi les dénominations que j'ai choisies, les unes sont dérivées de la lésion anatomique, les autres de l'apparence extérieure, les autres de la cause morbide. Cela est surtout vrai des maladies de la cornée. M. de Græfe lui-même reconnaissait que leur classification était encore à faire, et depuis lui, l'on n'a pas beaucoup avancé. Cependant cette entorse donnée à la logique ne m'effraie que très-peu, je l'avoue franchement; mon but principal est la clarté, et je crois l'avoir atteint. Tout le monde sait combien facilement l'on fait entre les diverses affections des lignes de démarcation et combien il est facile également à la nature de les défaire: aussi plusieurs des dénominations employées par moi ne doivent être considérées que comme des phases et des degrés inférieurs ou supérieurs

d'une seule maladie. Par exemple la conjonctivite puro-muqueuse n'est qu'un degré d'intensité moindre de la conjonctivite purulente et un degré d'intensité supérieure de la conjonctivite catarrhale aiguë : entre les ulcéres superficiels et les infiltrations circonscrites, il n'y a souvent que l'intervalle de quelques instants : les abcès profonds se confondront souvent avec les infitrations multiples : la kératite traumatique, la légère hypérémie passagère causée par un éclat de fer sur la cornée très-vite enlevé, méritent à peine d'être séparées. Cependant, je crois devoir maintenir toutes les dénominations précitées, sinon comme entités morbides, du moins comme définition d'états particuliers se présentant à l'observation du médecin. Je ne fais point ici un traité de pathologie ou d'anatomie pathologique : il ne s'agit que de statistique ; dès lors, il suffit de s'entendre et chacun est libre de rapporter telle forme particulière à tel processus morbide qui lui plaira.

L'on remarquera sans doute la rareté de la conjonctivite granuleuse [1], la plaie des cliniques des grandes villes. Cette affection est en effet excessivement rare à Genève, et la plupart des cas que j'ai eu l'occasion d'observer appartenaient à des personnes ayant habité Paris, Lyon, etc., ou d'autres centres populeux. J'ai confondu sous le nom de conjonctivite exanthé-

[1] J'appelle-conjonctivite granuleuse, avec l'école allemande, le développement *dans* la conjonctive de vraies granulations, dont l'évolution dernière est le trachome, tandis que l'école française appelle également granulations la simple hypérémie des papilles du corps muqueux faisant plus ou moins saillie sur la surface de la conjonctive. Les granulations sont encore très-mal connues. M. de Græfe les considérait comme le développement de follicules lymphatiques dans l'épaisseur de la membrane, follicules ne préexistant du reste aucunement, comme dans la muqueuse du pharynx. L'on comprend dès lors la confusion jetée continuellement dans tous les traités par ce mot granulations, suivant le sens qui lui est affecté. Pour moi, la vraie conjonctivite granuleuse est incurable. Les ophthalmies égyptienne et militaire s'y rattachent intimement.

matique les différentes formes d'ophthalmies externes que l'on observe dans le cours de la rougeole et de la scarlatine. En général la conjonctive est seule affectée et la cornée n'est que rarement et superficiellement impliquée dans le processus morbide. Tel n'est pas le cas de la variole qui amène souvent la perte complète de l'organe [1]. La vraie conjonctivite purulente des adultes et des nouveaux-nés est rare : très-fréquentes sont par contre les conjonctivites que j'appelle, avec le Dr Meyer de Paris, puro-muqueuses. Cette affection cède souvent à un traitement très-simple, et chez les enfants surtout il faut bien se garder de les cautériser d'emblée énergiquement, comme cela ne se pratique que trop souvent. Dans ces cas-là une eau chlorurée (en général l'eau de Labarraque du codex français) m'a rendu les plus éminents services. Par contre, une fois la suppuration franchement déclarée, l'on ne saurait trop vite cautériser : je me sers en géneral de la solution de nitrate d'argent au cinquantième, mais jamais en instillation : je tiens, avec l'école de Græfe, à l'action directe de la solution avec un pinceau sur les paupières bien ectropionnisées, avec ou sans neutralisation, l'importance de cette dernière me paraissant avoir été exagérée. Je n'ai jamais employé le crayon de nitrate d'argent, ni pur, ni mitigé, ayant à tort ou à raison une aversion très-prononcée contre cet agent thérapeutique.

J'ai réuni en un seul groupe la conjonctivite phlycténulaire, les phlyctènes de la conjonctive et la kératite marginale. Cette dernière se manifeste sous la forme de petites efflorescences sur le limbe conjonctival : il faut en distinguer soigneusement les infiltrations marginales qui siégent dans le tissu de la cornée lui-même, souvent dans le voisinage immédiat du limbe conjonctival et qui sont très-fréquemment mécon-

[1] Sur les cas notés de Phtisis bulbi (atrophie du globe), 7 avaient été détruits par la petite vérole.

nues : il m'est arrivé nombre de fois de les soupçonner et d'avoir toutes les peines du monde à les découvrir : l'éclairage oblique ne devrait jamais être négligé dans tous les cas où, avec une injection péricornéale bien marquée, la cornée paraît intacte. Dans les trois affections sus-mentionnées, le calomel en poudre célèbre ses triomphes les plus légitimes. Contre les larges phlyctènes de la conjonctive sans grands symptômes inflammatoires, j'emploie aussi volontiers l'eau de Labarraque. Les infiltrations marginales par contre réclament avec la plupart des maladies de la cornée l'emploi de l'atropine, qui dans ces cas-là déploie un effet presque magique, que les malades savent fort bien apprécier. Généralement au bout de dix à quinze minutes, ils accusent un soulagement marqué. Qu'il me soit permis à cette occasion de dire deux mots sur l'emploi de ce médicament dont l'importance est souvent mal comprise. L'atropine n'a, chacun le sait, aucune action locale quelconque, elle n'agit que par sa résorption par l'humeur aqueuse : aussi l'employer dans des cas de conjonctivite, comme je l'ai souvent vu faire, est un non-sens ; l'atropine agit : 1° en dilatant la pupille, paralysant ainsi les sphincter de l'iris et le muscle de l'accommodation, et 2° en diminuant la tension intraoculaire. C'est surtout ce dernier mode d'action qui est utile dans les affections de la cornée, en facilitant les conditions de réparation pour une ulcération ou une infiltration quelconque. En même temps, dans les affections de la cornée, le sphincter de l'iris est toujours dans un état de spasme plus ou moins considérable, l'immobiliser sera donc aussi important que pour une jambe fracturée l'immobilisation de ses muscles. Mais il ne suffit pas d'instiller de l'atropine, il faut le faire convenablement, et c'est là où l'on pèche trop souvent. Instiller de l'atropine sans obtenir de dilation de la pupille est parfaitement oiseux. Aussi ne devra-t-on rien négliger pour que la pupille se dilate autant que cela est possible.

Il est souvent nécessaire d'en instiller 7, 8, 10 fois de suite, par exemple une goutte tous les quarts d'heure pendant 1—2 heures, avant d'obtenir le résultat voulu. Je me sers en général d'une solution au 200me du sulfate de cet alcaloïde, les concentrations plus fortes ne me paraissant pas préférables et ce médicament étant déjà assez cher. J'ai soin de ne pas en prescrire de grandes doses à la fois, 10 à 15 grammes au plus, afin de pouvoir renouveler la solution fréquemment lorsqu'elle devient trouble, ce qui est généralement très-vite le cas chez les personnes négligentes et malpropres, surtout lorsque l'on se sert de pinceaux qui sont souvent d'une saleté révoltante. Aussi recommandé-je chaudement l'emploi des compte-gouttes qui réunissent les avantages de la commodité et de la propreté : on en trouve actuellement dans toutes les bonnes pharmacies. Il résulte de ce que j'ai dit plus haut, que l'on pourra généralement peu compter sur l'entourage des malades, spécialement lorsqu'il s'agit de jeunes enfants, pour exécuter cette procédure si simple en apparence et pourtant difficile et délicate lorsque les petits malades crient, se débattent et contractent leur paupière avec une énergie vraiment incroyable : les yeux pleurent abondamment, la solution ne pénètre pas dans le sac conjonctival et le résultat de l'instillation est nul. L'on ne doit donc jamais prescrire d'atropine sans s'assurer par soi-même qu'elle est véritablement absorbée par l'humeur aqueuse ; l'état de la pupille sera un baromètre qui ne pourra jamais tromper. J'ajoute que, dans la plupart des kératites un peu intenses, le spasme de l'iris est tel que l'on a toutes les peines du monde à le vaincre, et que souvent l'on n'arrive pas au delà d'une dilatation moyenne.

Tout autre est l'emploi de l'atropine, lorsqu'il s'agit de faciliter l'examen des parties de l'œil situées en arrière du champ pupillaire, spécialement en vue de l'examen ophthalmoscopi-

que ou de celui de cataractes à leur début, lorsque les parties équatoriales seules sont le siége d'opacités marquées. L'on n'oubliera pas que la paralysie complète du muscle de l'accommodation (tensor choroïdeæ), produite par l'atropine, sans parler de l'éblouissement assez désagréable qui résulte de la dilatation de la pupille, rend les malades absolument presbytes. Tous les emmétropes et plus particulièrement encore les hypermétropes en seront vivement affectés, et leur vision en sera troublée à un très-haut degré. L'on devra donc : 1° Employer une solution très-faible, au 1000me ou au 1500me [1], afin que l'effet du remède ne persiste que le moins longtemps possible. 2° Expliquer au malade l'effet du remède et lui assurer que le trouble de la vue sera passager. 3° Éviter de l'employer sur les deux yeux à la fois, sauf dans les cas urgents et chez les malades atteints de myopie, chez qui naturellement l'accommodation est beaucoup moins essentielle. Faute de prendre ces précautions, l'on s'expose à causer à ses malades un effroi aussi légitime qu'inutile et souvent même une émotion dangereuse. J'ai vu des personnes en proie au plus violent désespoir, dans la conviction que leur œil était complétement perdu. Je n'oublierai jamais un homme à qui il ne restait que l'œil gauche, l'autre étant perdu dès sa jeunesse. Pris d'une conjonctivite puro-muqueuse sans grands symptomes inflammatoires, le médecin appelé prescrivit de l'atropine. Je le vis le lendemain dans un état de désolation navrant, incapable de rien faire et de rien voir, pas même les plus grosses lettres de son journal ; je lui fis une cautérisation au nitrate d'argent, et soit que la solution d'atropine ait été très-faible, soit que la révulsion opérée par le nitrate d'argent ait contribué par voie réflexe à stimuler

[1] Il va sans dire qu'alors la dilatation de la pupille ne se manifeste que beaucoup plus lentement, au bout de 30—50 minutes; le lendemain quelquefois il n'y paraît plus.

énergiquement le nerf d'accommodation, deux heures après il pouvait lire son journal, et il était guéri de sa conjonctivite. J'avais fait un miracle à peu de frais.

La kératite en bandelettes (büschelfœrmige Keratitis) me paraît fréquente à Genève comparativement à Paris où, pendant un séjour de deux ans, j'en ai rarement vu de cas types. A Berlin, où elle a été ainsi baptisée, elle est également très-fréquente. Elle est une de ces affections de la cornée dans lesquelles la photophobie est la plus considérable et la plus gênante pour le praticien. Le précipité jaune (préparé par voie humide en précipitant une solution de sublimé par la potasse caustique), préférable à tous égards au précipité rouge ordinaire par la ténuité et la finesse de sa poudre, trouve ici son principal emploi. On l'évitera par contre soigneusement dans les infiltrations et affections profondes de la cornée. Je me sers habituellement d'une pommade contenant de 0,25 à 0,50 centigrammes d'oxyde mercuriel pour 10-12 grammes de glycérolé d'amidon (1 partie d'amidon pour 7 de glycérine). Cependant, l'application de cette pommade doit être surveillée de près, et l'on doit éviter de confier aux parents le soin de l'employer. On devra s'en abstenir dans la période d'ulcération et en général au début de la maladie. On se bornera alors à l'atropine et à de légers purgatifs.

Je n'ai pas voulu classer les iritis suivant la cause présumée : cependant je crois pouvoir affirmer que, dans le nombre indiqué, très-peu étaient de nature spécifique. Du reste, vouloir reconnaître à l'apparence d'une iritis quelle en est la cause est une prétention aujourd'hui justement abandonnée. Le traitement local est sans contredit de beaucoup le plus important, tout au moins pour ce qui concerne l'indication la plus pressante. Combattre une iritis spécifique, si sûr que l'on soit de sa spécificité, simplement par le traitement général, c'est com-

promettre l'œil malade d'une façon impardonnable et rendre une iridectomie future à peu près inévitable. Loin de moi l'idée de prétendre que le traitement général soit accessoire ; il est certainement indispensable, mais il ne dispense jamais du premier. Je vais même plus loin et crois qu'un traitement mercuriel est indiqué dans tout cas d'iritis aiguë, quelle que soit sa cause. Je donne ordinairement la calomel, 0,01 centigr. toutes les heures, afin d'avoir rapidement l'effet du mercure sur l'économie. A part cela, l'atropine est à la base de la médication, et l'on ne doit pas la ménager, si l'on veut obtenir une dilatation complète sans synéchies postérieures. La guérison définitive n'est qu'à ce prix-là. Je fais assez peu de cas, dans l'iritis comme dans les différentes formes de kératites, des frictions sur le front et les tempes avec l'onguent napolitain belladonné. Cette pratique cependant est si fortement enracinée, que l'on ne peut guère s'en passer dans la clientèle particulière. Du reste, je dois dire à sa justification qu'elle est généralement inoffensive. Tel n'est pas le cas du nitrate d'argent que trop de médecins s'obstinent à instiller dans le sac conjonctival sous prétexte de conjonctivite qui n'existe presque jamais.

Pour moi, synéchie postérieure équivaut à iridectomie dans un avenir plus ou moins éloigné : l'on prendra donc toutes ses mesures pour que tout ce qui peut humainement être fait se fasse, afin d'éviter au malade une opération qui, si insignifiante qu'elle soit en elle-même, n'en est pas moins une source d'inquiétude et une cause de souffrance. Si une simple synéchie un peu étendue réclame une iridectomie, cette opération est impérieusement exigée pour tous les cas où les adhérences sont nombreuses ou à plus forte raison totales (excluso pupillæ des anciens) : ne pas opérer dans ces cas, c'est vouer l'œil à une mort certaine, il est vrai sans qu'il soit possible d'en déterminer l'époque, et éventuellement à une

série non interrompue de poussées inflammatoires avec tout leur cortége de symptômes, tels que larmoiement, photophobie, douleurs, névralgies, incapacité de travail, etc., etc. Je ne saurais assez rappeler à mes confrères combien ce point si généralement négligé réclame tous leurs soins et toute leur attention. Puisque je me trouve sur le terrain chirurgical, je saisirai cette occasion pour prier instamment les médecins de prêter aux oculistes leur concours actif dans une affection qui, elle aussi, est trop négligée, malgré son importance capitale, je veux parler de l'ophthalmie sympathique ou, pour mieux dire, des mesures prophylactiques que l'on doit prendre pour la prévenir, car une fois déclarée, l'on n'est souvent plus maître. Il est de la plus haute importance d'examiner soigneusement tous les moignons que l'on est à même d'observer, spécialement ceux dans lesquels un accident a été la cause de la perte de l'œil, et de ne pas craindre de conseiller l'énucléation aussi libéralement que possible. Tous ceux qui ont vu pratiquer cette opération en connaissent la parfaite innocuité, bien entendu si l'on opère sur un œil non enflammé, et l'on est bien récompensé de l'émotion que cause une décision aussi grave par le sentiment de sécurité qu'elle donne à l'œil resté sain.

J'ai noté 31 cas d'amblyopie sans altérations apparentes des milieux transparents et des membranes profondes de l'œil. J'y fait rentrer toute cette série de malades chez lesquels on note un affaiblissement considérable de l'acuité de la vision centrale sans diminution équivalente de la vision excentrique. Chez presque tous l'on pouvait constater un abus de boissons alcooliques ou de tabac. Pour qui connaît notre vin blanc et nos grandsons, un tel résultat n'a rien de surprenant.

L'industrie nationale de Genève rend aussi compte du nombre assez considérable des cas d'arthénopie (23) notés sans lésion correspondante. En effet, j'ai compris sous la rubrique

de l'hypermétropie les cas si nombreux d'arthénopie accommodative sur lesquels les travaux de Donders ont jeté un jour tout nouveau, de même que ceux d'arthénopie musculaire se trouvent à l'article « Insuffisance des muscles droits internes. » Bien au contraire, quand on connaît la nature du travail d'un graveur par exemple ou d'un guillocheur, on se demande comment il n'y a pas plus d'arthénopes, et comment il est possible à ces vieux horlogers de 75 ans de travailler encore 12 heures par jour.

Le chiffre des cas notés de myopie, hypermétropie et astigmatisme est loin de correspondre au chiffre total des personnes atteintes de ces anomalies de réfraction qui se sont présentées à ma consultation : en effet, dépourvu de toute assistance, il m'a été impossible de rechercher pour tous les cas, comme cela se pratique dans beaucoup de cliniques, l'état de la réfraction. La détermination de l'astigmatisme à elle seule réclame tant de patience et de temps que l'on est souvent obligé d'y renoncer faute de loisir suffisant. Je me suis borné à déterminer l'amétropie des personnes qui venaient me consulter pour faiblesse ou fatigue de la vue, et n'ai pu le faire pour tous les cas d'ophthalmies qui ne nécessitaient pas un examen immédiat de la vision.

Les légères opacités (mouches volantes) du corps vitré, qui accompagnent si souvent la myopie, n'ont pas non plus été notées, dès qu'elles ne constituaient pas un état morbide suffisamment concret.

A l'article cataracte, j'ai appelé dures celles des personnes très-avancées en âge, généralement au-dessus de 65 ans, chez lesquelles le noyau est fortement sclérosé et la substance corticale peu abondante et très-consistante : demi-molles celles des personnes plus jeunes, chez lesquelles le noyau est petit, la substance corticale abondante et plus ou moins gélatineuse.

Plusieurs des cas notés, comme cataractes commençantes, ont mûri sous mes yeux et ont été opérés : les cas qui marchent aussi rapidement sont toujours de la seconde catégorie ; souvent même au-dessous de 50 ans, c'est à peine si l'on trouve un noyau. Les cas de cataracte traumatique ont été assez nombreux et les résultats du traitement assez peu favorables. Tous ceux dans lesquels il n'a pas été possible de produire avec l'atropine une dilatation complète de la pupille se sont terminés par l'atrophie du bulbe : dans quelques cas j'ai opéré, dans d'autres je ne l'ai pas fait, le résultat final en a été peu modifié ; le tout est de commencer le traitement avant que l'iritis, qui ne manque presque jamais, se déclare.

J'arrive maintenant à parler des affections de l'appareil lacrymal. Elles se sont présentées en si grand nombre que je ne peux me refuser à croire que Genève en fournit un plus grand contingent que beaucoup d'autres villes. Notre bise, nos allées tortueuses, humides et sans soleil jouent-elles un rôle dans la production de ce mal aussi gênant que peu grave en lui-même ? je serais disposé à le croire ; le fait est que le larmoiement est une plainte que font entendre une foule de gens : l'opération de Bowmann, le débridement d'un des conduits lacrymaux et l'introduction d'une sonde dans le canal nasal est certainement d'une utilité incontestable et ne doit être négligée dans aucun cas quelconque ; si elle ne guérit pas toujours le symptôme principal, du moins elle est la seule garantie que nous possédions contre le développement d'une dacryocystite ultérieure, et à ce titre-là seul son importance est très-réelle. Seulement je dois, d'après mon expérience, prémunir contre un abus du sondage. Après l'avoir moi-même pratiqué un nombre considérable de fois, j'ai reconnu que, si l'on n'obtient pas après trois ou quatre sondages une amélioration de l'état de larmoiement, une répétition plus fréquente de cette opération toujours

très-douloureuse ne sera pas suivie d'un meilleur résultat ; l'on devra se contenter d'avoir incisé le conduit lacrymal, cela est déjà beaucoup. Par contre, si l'amélioration est réelle après le premier ou le second sondage, alors il sera bon de les répéter toutes les 4-6 semaines pendant 1-2 ans. Ces derniers cas sont ceux en effet dans lesquels l'épiphora est causé ou par une étroitesse des conduits, une éversion du point lacrymal ou un rétrécissement peu grave et non cicatriciel du canal nasal. Existe-t-il un (ou plusieurs) rétrécissements cicatriciels serrés, fibreux, le sondage répété ne peut que les irriter et empirer l'état. Je dirai la même chose de la dacryocystoblennorrhée, il est rare qu'elle cède complétement au sondage et même aux injections, surtout si elle procède de strictures du canal ; mais là encore plus que dans le premier cas, le débridement est indiqué. Enfin dans les cas de dacryocystite aiguë, il m'a été quelquefois possible d'empêcher la perforation à l'extérieur, en débridant le sac d'après le même procédé Bowmann ; mais l'opération est fort douloureuse et peut échouer ; du reste, la perforation est loin d'être autant à craindre aujourd'hui qu'anciennement, et une fistule permanente n'existe presque plus, pour ainsi dire, que dans les livres. Seulement l'on aura soin d'ouvrir artificiellement l'abcès ainsi formé le plus tôt possible ; quelques jours après, l'on débridera le conduit lacrymal et l'on passera une sonde, la fistule s'oblitérera au bout de peu de temps sans laisser de traces défigurantes.

Pour terminer cette revue bien incomplète, je dois dire quelques mots de deux agents thérapeutiques, dont l'un est employé un peu partout, je dirai même à tort et à travers, si l'on veut me permettre cette expression un peu familière, et l'autre est encore mal connu du public et des praticiens. Je veux parler ici des sangsues officinales et de la ventouse ou sangsue artificielle de Heurteloup. L'on doit soigneusement séparer le mode d'ac-

tion de ces deux genres de sangsues, et leurs indications sont totalement différentes.

1° La sangsue officinale tire le sang lentement et peu à peu. Son action par contre est assez immédiate et peu durable. Employée d'une manière très-libérale contre toutes inflammations oculaires, elle a rarement une action décisive sur le processus morbide lui-même, mais, par contre, son effet sur le symptôme douleur est quelquefois très-remarquable, aussi est-il très-rare que je les emploie autrement que pour calmer une douleur intense, soit spontanée, soit ne se manifestant qu'au toucher du globe oculaire. Les cas qui s'y prêtent sont surtout, les abcès sthéniques de la cornée, les iritis aiguës, les irido-cyclites et les accidents dans lesquels il est souvent impossible de déterminer de suite la gravité des lésions, mais qui ordinairement se terminent par une suppuration totale de l'œil : dans ces derniers cas la douleur quelquefois d'une intensité redoutable cède comme par enchantement à l'application d'une ou deux sangsues. Par contre, on les évitera soigneusement dans toutes les ophthalmies scrofuleuses quelle que soit l'intensité *apparente* des phénomènes inflammatoires, sachant que chez ces malades la réaction est hors de proportion avec l'acuité de la maladie, et que tout ce qui pourrait affaiblir une constitution déjà si débile doit être sévèrement prohibé. Il est rare que la conjonctivite soit impressionnée favorablement par une déplétion sanguine locale ou générale, bien au contraire.

2° La sangsue artificielle, quoique inventée en France, avait été complétement oubliée dans ce pays. C'est à M. de Græfe dont le génie actif et éminemment clinique sut découvrir dans cet instrument une utilité jusque-là ignorée, que l'on en doit l'emploi dans la pratique ophthalmologique. La sangsue artificielle, à l'inverse de celle dont nous venons de parler, tire du sang rapidement et doit agir très-peu de temps, d'une minute

à une minute et demie par cylindre. On a calculé que, comme rapidité, elle correspondait à l'action collective de 60-70 sangsues officinales. Son action définitive au contraire est lente à s'établir, ce n'est souvent qu'après des semaines que l'amélioration espérée se manifeste. Son emploi a été limité par M. de Græfe aux inflammations profondes de l'œil, très-particulièrement à celles de la choroïde, et aux amblyopies sans altérations organiques appréciables (Amblyopie ohne Befund). Je l'ai appliquée très-fréquemment, sans cependant pouvoir prétendre être arrivé à une conviction absolue. Dans bien des cas, il est vrai, notamment dans les choroïdites disséminées avec ou sans myopie progressive, j'ai pu enrayer le mal, dans quelques cas d'amblyopie il m'a semblé avoir constaté de l'amélioration, dans beaucoup d'autres le résultat du traitement a été nul. Du reste, je reconnais n'avoir pas encore disposé d'un champ d'observation suffisamment étendu (un grand nombre de ces malades ne se représentant plus à la consultation) pour oser prononcer un jugement définitif. Tout ce que je puis dire, c'est qu'en présence de notre impuissance thérapeutique dans les affections profondes de l'œil, nous devons être heureux de posséder un remède qui compte des succès parfaitement constatés, dut-il échouer dans la majorité des cas. Je dois ajouter que j'ai suivi strictement les prescriptions de M. de Græfe concernant l'emploi de la sangsue artificielle, notamment le repos absolu dans une chambre noire pendant les trente-six heures qui suivent l'opération.

Une affection oculaire ne me paraît jamais nécessiter une saignée. M. de Græfe cependant ne dédaignait pas d'y avoir recours dans certains cas particuliers d'inflammation du tractus uvéen consécutive à l'opération de la cataracte. Il a du reste trouvé peu d'imitateurs.

III

Sur l'emploi du chloroforme dans la chirurgie oculaire.

Ayant beaucoup employé le chloroforme, je me crois autorisé à indiquer ici en peu de mots ma manière de voir à ce sujet. En face d'une opération à pratiquer sur un œil, les questions qui se posent sont les suivantes: 1° Est-on autorisé à chercher autant que possible à supprimer une souffrance très-réelle, souvent très-intense, et généralement fort appréhendée par les malades, lorsque la maladie qui la nécessite ne fait courir à la vie aucun danger quelconque? 2° La crainte d'accidents du côté du chloroforme doit-elle nous forcer à ne faire bénéficier nos malades de cette admirable découverte, que dans les cas vraiment exceptionnels? Je n'hésiste pas à répondre oui à la première et non à la seconde. Je crois que l'on est autorisé à employer le chloroforme très-largement dans tous les cas où cela peut se faire comme je vais le développer tout à l'heure. Il va sans dire que l'on s'entourera de toutes les précautions que l'usage de cet agent anesthésique réclame: avant tout l'on ne se servira que de chloroforme absolument chimico-pur, et l'on

ne saurait à cet égard être trop minutieux [1] : les malades seront complétement à jeun ; l'on aura recours autant que possible à l'assistance d'un confrère. J'ai administré le chloroforme un nombre considérable de fois [2], sans avoir eu pour ainsi dire un moment de véritable inquiétude. Une seule fois j'ai eu à combattre une asphyxie vraiment inquiétante; mais encore s'agissait-il d'une énucléation chez une enfant de 4 ans atteinte d'une gliosarcome de la rétine [3] (œil de chat amaurotique de Beer), et certes, si l'on peut se trouver en face de l'indication vitale en ophthalmologie, c'est bien dans un cas pareil. De plus, malgré ma défense expresse et à l'insu de la garde malade, une grand'mère mal inspirée avait donné à l'enfant un demi petit pain, une demi-heure avant l'opération. Le vomissement fut très-pénible et nous eûmes, le Dr Goudet et moi, beaucoup de peine à rétablir l'état normal. Autrement, il m'est arrivé nombre de fois pour des opérations moins graves d'administrer le chloroforme tout seul, privé de toute assistance, sans avoir eu l'occasion de le regretter, bien au contraire.

Quelles sont maintenant les opérations dons lesquelles le chloroforme est nécessaire ou autorisé, et quelles sont celles qui s'opposent à son emploi, du moins comme règle. Je dois pour cela distinguer trois classes d'opérations :

1° Toutes celles dans lesquelles la conservation du globe oculaire, comme appareil visuel, est le but de l'intervention chirurgicale.

2° Celles qui n'intéressent que les parties externes du globe

[1] Mon chloroforme provient de la fabrique de produits chimiques de Gehe à Dresde.

[2] J'en ai employé pendant ces trois ans 3065 grammes à la clinique seulement.

[3] Cet œil a été présenté à la réunion de la Société médicale de Genève le 4 décembre 1872.

ou qui ont pour but au contraire sa destruction comme appareil visuel.

3° Une classe intermédiaire appartenant à la première pour le résultat définitif, à la seconde pour la technique opératoire, et en outre d'une exécution très-rapide.

Dans la 1re catégorie, je range l'opération de la cataracte et celle de la pupille artificielle, et je cherche pour toutes deux à m'affranchir du chloroforme autant que possible.

Dans la 2me catégorie, je range les opérations suivantes: Strabisme, énucléation, tumeurs, abcès, plastique, débridement du conduit lacrymal, sondages du canal nasal, corps étrangers sur la cornée: dans tous ces cas, le chloroforme est pleinement autorisé.

Dans la 3me catégorie enfin, se trouvent: La paracentèse de la cornée, et l'excision d'un prolapsus de l'iris. Dans ces deux cas le chloroforme devra plutôt être évité en thèse générale, mais cependant son emploi est pleinement justifié dans de nombreuses circonstances. Ceci mérite quelques explications.

Pour pratiquer l'opération de la cataracte et celle de la pupille artificielle, dans lesquelles le globe oculaire est plus ou moins largement ouvert, l'on doit concentrer tous ses efforts pour obtenir une détente aussi complète que possible de tout l'organisme et le repos le plus absolu de l'organe de la vue. Or d'un côté, pour toute personne raisonnable la douleur occasionnée par cette opération [1] est loin de dépasser ce que l'on peut attendre ou même exiger d'une force de volonté ordinaire: de l'autre, si l'on a recours au chloroforme, une demi-anesthésie est tout ce qu'il y a de pire, un réveil intempestif et orageux, l'agitation

[1] Notamment pour ce qui regarde la cataracte. L'on a devant soi des malades âgés, résignés à l'opération depuis longtemps, et prêts à souffrir même beaucoup plus pour recouvrer la vue qui est pour eux presque autant que la vie.

extrême qui accompagne le retour à l'état conscient pouvant compromettre et même annuler le résultat de l'opération la plus parfaite. Si donc l'on donne du chloroforme, il faut une léthargie absolue et durable, afin que le chirurgien n'ait pas une seconde la crainte que son patient ne puisse revenir à lui prématurément, et qu'il soit obligé de précipiter son opération. C'est alors que commence le danger du chloroforme et l'on cherchera par conséquent à éviter à tout prix qu'une asphyxie soudaine ne vous force soit à interrompre votre opération, quitte à l'achever plus tard tant bien que mal, soit à se livrer à des manœuvres actives de résurrection qui doivent peu convenir à un œil tout grand ouvert, quelque excellent que soit le bandeau compressif. En présence donc du dilemme, ou point de chloroforme ou beaucoup de chloroforme [1], je n'hésite pas à choisir la première alternative, comme règle générale de conduite, réservant l'anesthésie aux enfants et aux cas rares où la pusillanimité du patient rend toute intervention chirurgicale totalement impossible.

Dans les opérations de la 2me catégorie au contraire, je n'ai besoin que d'un sommeil relatif, et plus superficiel ; on peut à la rigueur recommencer l'anesthésie et interrompre l'opération, l'agitation peut être considérable au réveil, les vomissements peuvent survenir, tout cela est désagréable, mais point un obstacle: Je pourrai donc employer le chloroforme toutes les fois que les malades en manifesteront le désir, sans cependant le moins du monde les presser lorsqu'ils seront suffisamment courageux pour s'en passer.

Enfin dans les deux cas qui constituent la 3me catégorie, il

[1] Le professeur Jacobson (Kœnigsberg) lorsqu'il pratiquait son lambeau particulier, recherchait cette anesthésie absolue et a été jusqu'à endormir ses malades deux heures consécutives, employant ainsi 3-4 onces de chloroforme avant de trouver le calme et la détente suffisants.

va sans dire que l'on peut se contenter d'une anesthésie très-incomplète. L'opération ne comptant qu'un seul temps et devant se pratiquer dans l'espace de deux à trois secondes, il est facile de choisir son moment. Comme relativement à son importance elle est fort douloureuse, puisqu'elle nécessite l'emploi de l'écarteur et de la pince à fixation[1], et que l'œil est généralement enflammé et très-sensible, l'on peut sans remords recourir au chloroforme, les personnes vraiment courageuses le refusant d'elles-mêmes, sans qu'on les presse.

Il est une dernière circonstance dans laquelle l'on ne devra pas craindre de recourir au sommeil anesthésique : je veux parler de l'examen consciencieux de certains enfants intraitables, rebelles à toute exhortation et se débattant comme de vrais diables. L'on ne pourrait souvent dans ces cas arriver au but que l'on se propose qu'en employant une violence extrême, elle-même souvent dangereuse dans un grand nombre d'affections de la cornée, sans parler de l'émotion des parents qui atteint quelquefois un paroxysme inquiétant. Cette procédure est très-spécialement indispensable, lorsqu'un traumatisme a été l'occasion de la lésion, et ce serait une faute impardonnable de la part d'un médecin de se contenter dans ces cas-là d'un diagnostic approximatif, d'autant plus que l'on se trouve ainsi tout prêt pour pratiquer une opération d'urgence, comme une extirpation de corps étranger, ou une excision d'un prolapsus de l'iris, ou même simplement une instillation facile d'une solution d'atropine.

[1] Ce sont certainement ces deux instruments qui sont la cause principale de la douleur ressentie pendant le cours des opérations.

IV

Considérations sur l'opération de la cataracte.

Il semblerait inutile de répéter, ce qui a été déjà souvent dit, qu'il ne suffit pas d'avoir vu faire cette opération pour savoir la pratiquer, et cependant tel n'est pas le cas. Je crois qu'il est indispensable d'en avoir fait un nombre considérable sur le masque, surtout lorsque l'on n'est pas rompu aux manipulations chirurgicales du globe oculaire, avant d'oser en bonne conscience s'attaquer au vivant. Cela est particulièrement vrai de la méthode actuellement pratiquée par la majorité des oculistes, qui certainement est d'une exécution technique bien plus difficile que l'ancien lambeau. Il n'est pas d'opération, disait M. de Græfe, sauf peut-être celle de la hernie étranglée, qui soit la cause de plus de surprises inattendues et de laquelle l'on ne puisse dire avec plus d'à-propos que chaque fois qu'on la pratique, on apprend quelque chose de nouveau.

Aussi ne prétendé-je point faire exception à la loi commune ; et je ne crains pas d'avancer qu'avant d'en avoir fait 20 à 25 l'on n'est point maître de cette opération. Des maîtres distingués se sont même cru autorisés à exclure de leurs

statistiques les 10 à 20 premières opérations ; je n'userai pas de ce subterfuge, bien qu'il me rendit un grand service en me bonifiant sensiblement mes succès, puisque les trois seuls yeux que j'aie perdus sont les n° 5, 16 et 19.

Voici mes résultats [1] :

Opérations	43 [2]	
Résultats complets [3] S > 1/6	32 [4]	74,42 %
Demi-résultats améliorables par une opération subséquente	3	6,98 % n°s 7, 18, 32.
Résultats très-incomplets non améliorables . .	5	11,62 % n°s 4, 8, 17, 23, 36.
Insuccès complets . . .	3	6,98 % n°s 5, 16, 19.

Toutes ces cataractes ont été opérées d'après le procédé proposé par feu le professeur de Græfe, dit extraction linéaire avec iridectomie. Je suppose ici la marche de l'opération connue ; je ne m'attacherai donc pas à la décrire ; je désire seulement indiquer les modifications que je lui ai fait subir et les remarques que l'étude de ces 43 opérations m'ont suggérées. Je fais également abstraction ici de toute discussion sur l'opportunité de cette opération comparée à d'autres méthodes, sur ses indications, contre-indications, avantages, inconvénients: j'admets comme prouvé qu'elle est à tous égards préférable.

[1] Je fais ici abstraction des cas de discision et ne parle que de l'extraction.

[2] Trois cas sur les 46 extractions ne rentrent pas dans cette statistique, ce sont les n°s 35, 45 et 46.

[3] Je ne compte pas dans ce chiffre deux opérations que j'ai eu l'occasion de pratiquer au Havre en 1869, grâce à l'obligeance du Dr Gibert, et qui toutes deux donnèrent un résultat complet.

[4] En thèse générale seulement : Il va sans dire que dans le cas 15, par exemple, je compte un résultat complet, bien que la personne en question n'ai pas gagné autre chose que la possibilité de se conduire; mais cela était prévu d'avance ; il s'agissait de lésions antérieures à l'opération et l'on ne pouvait attendre d'elle davantage.

Cette opération est d'une technique certainement difficile, comparée à l'ancien lambeau si brillant d'exécution, dont les résultats complets étaient si parfaits. La première chose qui m'a désagréablement surpris dans mes débuts a été la fréquence relative de perte du corps vitré soit avant, soit pendant. soit après l'expulsion du cristallin opaque, lorsque je cherchais à suivre strictement les préceptes de mon vénéré maître. Lui-même a eu dans ses premières opérations de fréquents accidents de ce genre, accidents cependant qui sont devenus de plus en plus rares à mesure qu'il a perfectionné sa méthode et que celle-ci lui est devenue plus familière [1]. Cependant, bien qu'il me soit arrivé nombre de fois de ne pas avoir la plus petite trace de corps vitré (voir plus loin), chaque nouvelle opération était pour moi une source de crainte, surtout lorsque j'avais à faire à des malades sensibles, ne pouvant que difficilement relâcher leur système musculaire et pressant avec leurs paupières de toute leur force : avec une incision aussi périphérique que celle pratiquée par de Græfe, la zonule de Zinn se rompt facilement, et pendant l'excision de l'iris le corps vitré n'a que trop le temps de se faire jour ; dès lors l'on n'est pour ainsi dire plus maître de l'opération, le cristallin au lieu de se présenter dans la plaie est plutôt luxé en arrière, et il ne reste la plupart du temps qu'à pénétrer dans le corps vitré derrière le noyau avec une curette et à l'extraire ainsi comme avec un forceps, la cornée faisant l'office de la deuxième branche. On comprend le danger de cette manœuvre, la présence d'un corps étranger dans le corps vitré déchiré et rompu par lui étant loin d'être inoffensive. Aussi, malgré les succès complets consécutifs à cette manœuvre laborieuse et si anormale que si elle était la

[1] Tous les opérateurs se plaignent beaucoup de cet accident relativement très-fréquent, ainsi que des épanchements de sang consécutifs à la section de l'iris.

règle, le procédé de Græfe serait condamné sans rémission, je me suis vu instinctivement forcé de rendre l'incision de moins en moins périphérique, et depuis n° 37 je la pratique dans la cornée pour ses bons quatre cinquièmes, laissant ainsi entre la section et le sommet de la cornée un espace de 1 à 2 millimètres.

Je ne peux assez répéter ici combien je me sens rassuré vis-à-vis du corps vitré depuis que j'opère ainsi, et combien facilement mes malades ont guéri. Grâce à ce procédé, j'ai pu dans deux cas opérer sans aucune assistance quelconque, laissant doucement pendre le long de la tempe la pince à fixation pendant que je sectionnais l'iris, le poids de l'instrument suffisant amplement à immobiliser l'œil de malades dociles. J'ajouterai même que l'opération s'en trouve singulièrement simplifiée et facilitée; le changement de mains avec l'aide lorsque celui-ci doit prendre la pince est toujours un moment parfaitement désagréable; de plus l'enchevêtrement de bras qui en résulte lorsqu'il s'agit de l'œil gauche est excessivement peu commode, à moins que l'opérateur ne veuille changer de place et se mettre derrière le malade, position très-peu convenable pour l'excision de l'iris. Il n'est pas non plus oiseux de remarquer que l'on n'a pas toujours des aides avec soi et que tout procédé capable de rendre le chirurgien indépendant doit être accueilli favorablement.

Quant au reste de la technique de l'opération qui nous occupe, je n'ai que peu de choses à ajouter. Avec beaucoup d'oculistes j'ai abandonné l'usage du kystitome pour l'incision de la capsule cristalinienne; je me sers à ma grande satisfaction du crochet pointu de Weber (Darmstadt) et je crois qu'avec lui l'on court moins de risques de luxer le cristallin. L'expulsion du cristallin est effectuée au moyen de la curette de caoutchouc appliquée à la base de la cornée (à l'extrémité opposée à la

section), déprimant ainsi en arrière la partie inférieure de la lentille, et forçant son sommet supérieur à se présenter dans la plaie en faisant un mouvement de bascule : Une fois que le cristallin s'y est engagé, la partie est gagnée. Avec l'incision périphérique, cette méthode avait souvent des inconvénients, et l'on risquait quelquefois de rompre la zonule de Zinn et d'avoir du corps vitré ; je préférais alors, avec une curette d'argent, déprimer le bord postérieur de la plaie et la forcer ainsi à s'entre-bâiller pour recevoir le cristallin.

La question du pansement doit maintenant nous occuper sérieusement : il ne suffit pas de dire avec Ambroise Paré : Je vous ai opéré, Dieu vous guérira. Chacun sent qu'un pansement approprié doit être appliqué et que le salut de l'œil peut être compromis aussi bien par trop peu de soins que par un zèle excessif. Cette phrase m'est suggérée par l'impression étrange, je dirais même choquante, que je ressentis la première fois que je vis la manière dont à Londres et à Édimbourg les médecins anglais soignent leurs opérés. Tout plein encore des souvenirs de Berlin, et des soins minutieux auxquels les opérés y étaient soumis, je voyais de simples infirmières changer les pansements, ceux-ci même aussi primitifs que possible, l'opérateur ne revoyant ses malades presque jamais le même jour, souvent même pas le lendemain. Cependant ma surprise première ne tarda pas à faire place à une appréciation plus objective des faits et j'acquis la persuasion que si les Anglais faisaient souvent trop peu, l'école de Berlin risquait quelquefois de faire trop.

Je dois ici citer le docteur Warlomont (*Annales d'oculistique*, juillet-août 1872, p. 35) qui dans une page pleine de sens et d'à-propos décrit mieux que je ne pourrais le faire moi-même, l'impression à laquelle je viens de faire allusion, et condamne énergiquement l'examen intempestif des yeux opérés et une curiosité

qui, si légitime qu'elle puisse paraître, n'en est pas moins dangereuse au plus haut degré. Pour que je me décide à *regarder* un œil opéré il me faut des raisons majeures ; si tout va bien, à quoi cela sert-il, sinon à diminuer les chances de guérison, tandis que s'il survient quelque complication l'on en est toujours averti soit par l'état des paupières, soit par les plaintes du malade. Si donc tout est dans l'ordre, je n'ai pas l'idée de regarder l'œil avant le cinquième jour ; quand bien même l'on découvrirait avant ce temps quelque chose d'anormal, un prolapsus de l'iris dans l'un des coins de la plaie, un petit flocon de masse corticale dans la chambre antérieure, que peut-on y faire pour le moment ? J'ai donc pour principe arrêté de laisser les yeux opérés dans le repos le plus complet et par conséquent de renouveler le pansement fort rarement. L'on comprendra que dans ces conditions je me suis trouvé amené à abandonner sinon définitivement, tant s'en faut, du moins autant que possible, le bandeau compressif tel que M. de Græfe l'a introduit dans la pratique. Je dois avouer que c'est à mon corps défendant que j'ai pris cette décision, tant la parole du maître était encore vibrante à mes oreilles, tant il m'en a coûté de renoncer à ce mode de pansement si en faveur à la clinique de la Carlstrasse: peut-être n'ai-je pas su acquérir toute l'habileté désirable pour appliquer ce bandage à la construction (que l'on me permette ce mot) duquel notre maître regretté ne ménageait ni son temps, ni sa peine, je suis prêt à le reconnaître. Quoi qu'il en soit, après avoir eu à plusieurs reprises dans son emploi quelques désagréments, je commençai à l'abandonner dans un cas où le globe oculaire faisait fortement saillie en dehors de la cavité orbitaire (n° 26) : je me trouvai si bien du pansement que j'y substituai, que je considérai comme un devoir de l'appliquer dans d'autres circonstances, et loin de regretter ma décision, je m'en applaudis toujours davantage. Ce

nouveau pansement est du reste loin d'être nouveau, il est au contraire très-ancien : c'est tout simplement le taffetas anglais. L'avantage réel que j'y trouve, est de pouvoir ainsi facilement laisser l'œil opéré trois jours au moins sans y toucher : tout au plus lorsque la chambre antérieure contient du sang qu'il ne m'est pas possible d'évacuer (et je dois avouer que je ne fais pas pour cela beaucoup d'efforts), appliqué-je le bandeau compressif jusqu'au soir; j'agirais également ainsi si j'avais du corps vitré pendant l'opération, ce qui ne m'est pas arrivé du reste depuis que je pratique l'incision peu périphérique ; puis une double bandelette croisée est collée sur l'œil opéré, et je la laisse trois fois 24 heures, sans y toucher, bien entendu si la marche de la guérison est absolument normale. Au bout de ces 72 heures, j'enlève ce pansement avec le plus grand soin et avec tous les ménagements possibles, je nettoye les paupières avec précaution et je replace de nouvelles bandelettes pour 48 heures. Au bout de ce temps, l'œil peut se passer de mesures contentives, je me borne au repos et à la chambre obscure.

Le bandeau compressif, devra peut-être, conserver ses droits pour les yeux très-enfoncés dans leurs orbites, et, sans parler des complications, pour les cas où une conjonctivite nécessitera un pansement plus fréquent, celui au taffetas anglais étant essentiellement inamovible et ne pouvant sans inconvénients sérieux être renouvelé souvent. Le décollement des bandelettes est une opération très-délicate, et pour laquelle le chirurgien ne doit économiser ni sa patience ni son temps. Grâce à ce pansement, l'on pourra peut-être plus facilement se décider à opérer les deux yeux dans la même séance dans certains cas du reste toujours exceptionnels, cette pratique devant pour d'autres motifs être soigneusement évitée; mais avec le bandeau compressif, elle est d'une exécution presque impossible.

Il me reste encore une question à examiner, celle de l'em-

ploi de l'atropine après l'opération de la cataracte. Sur ce point il existe une grande divergence entre les opérateurs : Doit-on en instiller ? Doit-on le faire de suite, ou le deuxième ou le troisième jour ? M. de Græfe, par exemple, était d'avis de l'employer après quarante-huit heures et en déconseillait péremptoirement l'usage plus tôt. J'ai employé les deux méthodes et je peux dire hardiment que je préfère m'en asbtenir complétement. L'on ne me suspectera certes pas, après ce que j'ai dit plus haut, d'avoir de l'antipathie pour cet agent thérapeutique [1] et si je l'abandonne dans ces circonstances, ce ne doit pas être sans motifs sérieux. Cette manière de voir découle du reste forcément de ce que j'ai dit tout à l'heure du pansement inamovible au taffetas anglais. Ayant une répulsion invincible pour toute manipulation intempestive de l'œil opéré, et une crainte peut-être exagérée de tout ce qui peut troubler sa tranquillité soit externe, soit interne, je suis heureux d'avoir opposé une barrière infranchissable à toute velléité d'introdnire quoi que ce soit entre les paupières. Je n'ai jamais vu aucun bénéfice de l'atropine dans ces cas-là : bien au contraire, j'ai la conviction d'avoir dans plusieurs cas plutôt favorisé une irritation de l'iris qu'évité ce contretemps désagréable. Une fois l'iritis déclarée, je crois même l'atropine assez impuissante à la combattre, et je serais disposé à affirmer, au risque d'être pris pour un hérétique, que l'on doit s'en abstenir complétement, et plutôt se borner à l'expectative réservant une iridectomie pour plus tard. Repos et tranquillité, telle est pour moi la condition *sine qua non* d'une bonne guérison. Tout en admirant profondément le soin prodigieux que consacrait M. de Græfe au traitement de ses opérés, et en m'inclinant avec respect devant ses résultats si éton-

[1] J'en ai employé pendant ces trois ans 16 grammes à la clinique seulement, par conséquent plus de trois litres de solution au 200e.

nants, je ne peux me refuser à l'impression qu'il cherchait trop à saisir les plus légères indications d'une marche anormale de l'opération et qu'il attribuait trop d'importance au diagnostic différentiel de ces accidents, tout au moins pour ce qui concernait les mesures à prendre pour les combattre. Un homme de sa trempe pouvait seul déployer une richesse pareille de ressources thérapeutiques; un praticien moins bien doué s'y perd, à force de vouloir le bien, il finira par faire mal, et un zèle intempestif lui sera nécessairement fatal. Que mes lecteurs veuillent bien ne pas prendre ces remarques comme une critique du maître vénéré, dont le génie incomparable ne peut être mesuré par des mesures ordinaires : il faut une plus grande expérience que la mienne pour oser nier là où il a affirmé. Mon seul but est de chercher à prouver que ce qui a été possible à lui, ne l'est pas à chacun, et qu'il serait dangereux pour beaucoup de se croire capables de l'imiter à la lettre.

Pour terminer mes réflexions sur l'opération de la cataracte, j'ajouterai simplement que j'opère autant que possible sur le lit même où le malade restera couché, un changement de place et le déshabillement qui l'accompagne me paraissant au moins inutiles et quelquefois positivement dangereux. Quant à l'emploi des hypnotiques, j'estime qu'il ne doit pas être négligé, je n'y recours cependant pas sans motifs sérieux. Le chloral m'a rendu de vrais services lorsqu'il s'agissait d'obtenir simplement le sommeil, tandis que la morphine en injections sous-cutanées m'a paru préférable pour combattre la douleur subséquente à l'opération lorsqu'elle se prolongeait au delà quelques heures (ce qui est du reste fort rare). Pour la nourriture, je suis les prescriptions générales. Enfin pour ce qui concerne les exercices visuels, il est rare que je les commence avant le douzième jour.

Post-scriptum. — Ma dernière opération [1] cependant a été pratiquée d'après le procédé nouveau recommandé par M. Liebreich de Londres [2], avec cette différence toutefois que je n'ai pas osé encore renoncer soit à la fixation du globe, soit à l'iridectomie, que j'ai du reste exécutée après la sortie du cristallin, et bien que l'iris ne fit point prolapsus. La perspective de cette iridectomie m'avait également décidé à opérer encore en haut. Je dois reconnaître que parmi toutes les opérations de cataracte ci-dessous mentionnées aucune ne m'a donné un résultat aussi excellent, soit comme marche de l'opération elle-même, soit comme facilité et simplicité de la guérison. Aussi ne saurais-je assez féliciter M. Liebreich de l'idée aussi heureuse que rationnelle qui l'a conduit à ce procédé et je m'associe pleinement à ses remarques critiques sur l'opération primitive de Græfe. Il va sans dire qu'un cas isolé n'est pas suffisant pour prouver à lui seul l'excellence du procédé, et qu'une longue pratique comparative peut seule trancher la question en sa faveur, mais cependant le cas a pour moi une valeur toute spéciale par les circonstances mêmes dans lesquelles les choses se sont passées.

Depuis que ces lignes étaient écrites, j'ai eu l'occasion de pratiquer deux [3] nouvelles opérations de cataracte qui, naturellement, ne figurent pas sur ma statistique : Dans la première des deux [4], dans laquelle pour des raisons inutiles à énumérer ici, j'ai cru devoir revenir à mon procédé précédent, c'est-à-dire incision peu périphérique il est vrai, mais cependant assez pour permettre à l'iris de faire prolapsus immédiatement afin de l'exci-

[1] Le 12 novembre.

[2] Eine neue Methode der Cataract-Extraction von Dr R. Liebreich. Berlin, Hirschwald.

[3] Nos 45 et 46.

[4] Le 26 novembre.

ser avant l'évacuation du cristallin, j'ai eu à regretter ma décision : j'ai eu du corps vitré, il est vrai seulement après la sortie de la lentille, et en peu d'abondance, mais il s'est interposé entre les lèvres de la plaie et j'ai dû appliquer le bandeau compressif, assez peu rassuré sur le résultat définitif. Aujourd'hui troisième jour, il ne s'est pas déclaré de complication et la guérison semble vouloir être normale. J'ajouterai que le cristallin est sorti avec sa capsule, événement certainement fort agréable au point de vue de la cataracte secondaire ; en voulant introduire le crochet à discision, je reconnus que la cataracte était mobile, et m'abstins de ce temps de l'opération ; la sortie du corps vitré s'explique ainsi aisément : j'espérais pourtant avoir pris congé de lui pour toujours. J'attribue cette luxation du cristallin au tiraillement que dut subir l'iris pendant son excision rendue assez pénible par un jour excessivement défectueux. Dans la seconde opération [1], je m'en tins à un procédé intermédiaire, le cas particulier ne m'autorisant pas à essayer une méthode encore nouvelle pour moi : c'est-à-dire, incision encore moins périphérique que la précédente, mais plus que celle de Liebreich, et iridectomie avant la discision de la capsule, opération du reste absolument normale et sans traces du corps vitré : évacuation de la cataracte (demi-molle) excessivement volumineuse, très-facile. Pansement de suite au taffetas d'Angleterre.

Je fais suivre ici la description de celles de mes opérations dont la marche a été plus ou moins anormale :

Opération n° 1. M. B. Saint-Sylvestre, 35 ans. 10 Janvier 1870.

Cataracte double, congénitale probablement, a, depuis l'âge de 13 à 14 ans, commencé à mûrir des deux côtés également,

[1] Le 27 novembre.

Extraction linéaire périphérique à droite; une goutte de corps vitré très-liquéfié avant l'iridectomie; celle-ci n'a lieu qu'après l'évacuation de la cataracte de consistence très-molle, pas de noyau. Il reste dans le champ pupillaire assez de substance cristallinienne opaque, que je n'ose évacuer dans la crainte du corps vitré. Bandeau compressif, atropine dès le premier jour : la pupille se dilate *ad maximum*. Guérison absolument normale. Vision très-imparfaite.

Le 8 mars 1870, B. se représente à la Clinique; la résorption a fait très-peu de progrès; du reste, aucune réaction inflammatoire quelconque. Je fais une nouvelle incision, et j'évacue complétement le reste de la cataracte. Pupille absolument noire. Guérison facile. Malade ne sait pas lire.

Opération n° 2. Mlle B., Châble, 72 ans. 31 Janvier 1870.

OEil droit. Cataracte sénile dure, plus que mûre. Opération parfaitement normale. Incision grande et très-périphérique. Pas traces de corps vitré. Pupille absolument normale. Le cinquième jour, sans cause appréciable, petite hémorrhagie dans la chambre antérieure, qui disparaît du reste au bout de quarante-huit heures. Bandeau compressif. atropine dès le premier jour. La pupille se dilate mal. Enclavement du sphincter dans l'angle interne: six semaines après l'opération S=1 [1].

A partir du mois du juin cependant, par suite de l'enclavement de l'iris évidemment, symptômes d'irritation irido-choroïdienne marqués, avec force visuelle sensiblement diminuée, qui ne cèdent à aucun traitement et me forcent à une iridectomie (en bas) en mai 1871. Résultat définitif S=$^1/_5$.

Opération n° 3. M. R., de Genève, 74 ans, le 7 Février 1870.

OEil droit: Cataracte commençante. OEil gauche : Stra-

[1] S indique Sehschärfe : Force visuelle.

bisme divergent. cataracte sénile plus que mûre. Le malade croit cet œil complétement perdu depuis très-longtemps. Vision quant. assez faible, mais *Se*[1] bon. Opération (sauf une goutte de corps vitré après le cristallin) et guérison absolument normales. Pupille noire. Atropine le premier jour. Vision en rapport avec l'état strabique préexistant (amblyopia ex anopsia, non due à la présence de la cataracte) environ $^1/_{10}$[2].

Le même malade se présente le 5 mars 1871 dans l'état suivant: OEil gauche: *statu quo ante*. OEil droit: Ulcération torpide de la cornée, hypopyon. (Le malade souffrait à peine.) S=O. Glaucome absolu. Le malade avait attribué à la formation de la cataracte la perte complète de la vue. Une paracentèse paraissant nécessaire, j'y joignis une large iridectomie sans grand espoir d'amélioration. En effet, l'ulcère guérit, mais la vue ne revint point. Le malade se promène encore dans les rues de Genève, guidé par son œil réputé perdu et ayant perdu son œil qu'il croyait sain!

Opérations n°s 4 et 5. M. V., 64 ans, Genève, le 12 avril 1870.

Malade dans le marasme sénile, vivant dans des conditions très-misérables, paralysé du côté gauche, sourd, pensionné par la municipalité, peu grassement, comme on peut le supposer. Cataracte sénile dure, mûre des deux côtés. Yeux excessivement enfoncés dans leur orbite. OEil gauche: Incision très-difficile et excision de l'iris défectueuse; pendant la discision de la capsule (kystitome), le cristallin se luxe et disparaît complétement du champ visuel, sous la partie supérieure de la coque oculaire, impossible de le ramener et de l'extraire. Guérison simple et sans accident. Pupille noire: Vision quantitative: Compte les doigts à 6-8′.

[1] Se : Excentrische Sehschärfe : Champ visuel.
[2] Compté naturellement comme résultat complet.

Le 5 Mai 1870.

OEil droit : Bonne incision : patient moins docile, fixation très-défectueuse : corps vitré avant le cristallin, introduction de la curette nécessaire pour l'extraire, perte assez considérable de corps vitré, cornée cependant peu affaissée et nullement plissée ; pupille parfaitement noire. Le troisième jour, infiltration circulaire de la cornée, le cinquième jour, chemosis énorme, le sixième, suppuration totale de l'œil.

Je n'ai pas revu le malade.

Opération n° 6. Mme J., de Genève, 67 ans, le 20 Avril 1870.

OEil gauche : Cataracte sénile dure. Incision plutôt petite. Introduction de la curette nécessaire pour dégager le noyau qui ne s'engage pas dans la plaie. Corps vitré en petite quantité. Cornée affaissée, pas d'hémorrhagie, un petit flocon de corticale reste dans la chambre antérieure. A partir du troisième jour, légères traces d'iritis : Le 20 mai suivant, pupille parfaitement noire, une synéchie postérieure en bas, lit n° LXX Snellen, et n° 5 Jæger.

Opération n° 7. M. V. de Genève, 64 ans, le 2 Mai 1870.

OEil droit : Cataracte à peine mûre, noyau moyen.

Incision très-périphérique, plutôt petite, le cristallin sort avec quelque peine : pas trace de corps vitré : il reste sur la capsule postérieure une mince couche de corticale adhérente qu'il ne m'est absolument pas possible d'évacuer. Atropine dès le premier jour. Guérison de la plaie normale. Le cinquième jour, iritis avec petit hypopyon et chemosis assez fort. L'hypopyon reparaît le quinzième jour, pression intra-oculaire plutôt diminué. Le vingt-huitième jour, légère hémorrhagie dans la cham-

bre antérieure. Résultat définitif, obstruction complète de la pupille. Vision quant. sûre.

Le 20 septembre 1870. Iridectomie en bas. Opération et guérison normales: la nouvelle pupille se trouve cependant obstruée par une cataracte secondaire sous forme d'une membrane épaisse et continue. Vision améliorée, compte les doigts de 5-6'. Le malade n'a pas encore pu se décider à une discision.

Opération n° 8. Mme D., de Genève, 82 ans, le 22 Août 1872.

OEil gauche, opéré à Lausanne: Synéchies postérieures. Cataracte secondaire. Vision quant. assez bonne.

OEil droit: Cataracte dure plus que mûre. Opération et guérison absolument normales. Lit n° 1 Jæger.

Opération n° 9. Mme D., de Genève, 63 ans, le 29 Août 1870.

OEil droit: Cataracte mûre, demi-molle, petit noyau. Opération normale: il reste dans la chambre antérieure une petite quantité de corticale adhérente: Guérison sans accidents. Cataracte secondaire très-légère; une discision permet de lire le n° 1 Jæger.

Opération n° 11. M. D., d'Hermance, 77 ans, le 2 Sept. 1870.

Cataracte double mûre des deux côtés, noyau considérable. Pupille peu dilatable par l'atropine. Malade indocile, ne pouvant par suite d'atonie de la vessie uriner que debout et en se promenant; asthmatique: conjonctivite avec ectropium.

OEil gauche: Incision en bas pour faciliter l'opération: un peu de corps vitré, hémorrhagie dans la chambre antérieure. Guérison très-compliquée par une tendance à l'irido-cyclite: L'œil reste longtemps douloureux. Occlusion de la pupille. Vision quantitative faible.

Le 1er mars 1871. Iridectomie en haut: opération très-laborieuse, malade très-difficile, corps vitré, collapsus de la cornée considérable. Guérison assez passable sauf une opacification de la cornée vis-à-vis de la nouvelle pupille; cataracte secondaire. Résultat définitif très-peu satisfaisant: le malade peut à peine se conduire [1].

Opération n° 12. M. M., d'Onex, 42 ans. 7 Septembre 1870.

OEil gauche: Cataracte molle, à peine de noyau: La cataracte commençait à peine, lorsque je vis le malade la première fois; elle a mûri sous mes yeux dans l'espace de huit semaines, sous l'influence du sirop de Pagliano que lui conseilla un charlatan. Pas de sucre dans les urines, qui n'ont du reste été examinées qu'une fois. Opération normale. La chambre antérieure ne se reforme qu'après le cinquième jour. Résultat complet.

Opération n° 13. Mme C., de Fernex, 56 ans. 7 Novembre 1870.

OEil droit: Cataracte demi-molle, petit noyau: la cataracte sort avec plus des $^3/_4$ de la capsule. Guérison avec traces d'iritis. Lit n° 4 Jæger.

Opération n° 15. Mme G., de Vandœuvres, 71 ans. 3 Mars 1871.

OEil droit: Atrésie pupillaire, suite d'opération de cataracte pratiquée ailleurs. Vision quantitative avec projection peu sûre.

OEil gauche: Ancienne irido-choroïdite (sympathique probablement). Atrésie pupillaire complète. Vision quantitative faible, mais très-sûre. (Le 15 Sept. 1870. Iridectomie préparatoire *en bas.*) Extraction *en haut.* Opération très-facile: Guérison entravée seulement par un peu de conjonctivite. Résultat défi-

[1] Revu le malade le 30 Novembre 1872; il peut très-bien se conduire dans la campagne, contrairement à ce que j'ai noté l'année passée.

nitif (pupille parfaitement noire) excellent eu égard à l'état de l'œil avant l'opération. Compte les doigts à 12-15', se conduit très-facilement dans ses vignes et ses jardins. Compté naturellement comme résultat complet.

Opération n° 16. M. M., Savoie, 54 ans. 3 Mars 1871.

Sujet très-anémique et mal nourri. Cataracte double, demi-molle, mûre à droite. Strabisme divergent de l'œil droit. Opération (à droite) parfaitement normale, sans traces de corps vitré, pupille absolument noire. Le deuxième jour, suppuration assez indolente de la plaie, irido-choroïdite. perte totale de l'œil.

Opération n° 17. Mme M., Savoie, 57 ans. 20 Mars 1871.

Irido-choroïdite avec synéchies postérieures multiples des deux côtés. (Iridectomie antérieure en bas à chaque œil le 29 avril 1870.) Extraction (en bas) à gauche sans grandes chances de succès. Opération et guérison normales. Vision très-peu améliorée, peut se conduire cependant plus facilement : devrait à la rigueur être exclue de cette statistique.

Opération n° 18. Mme P., Genève, 61 ans. 17 Avril 1871.

Œil droit : Cataracte dure plus que mûre. Strabisme divergent. Opération peu normale. Incision assez irrégulière, corps vitré : guérison compliquée d'iritis : l'œil reste encore longtemps sensible au toucher. Le champ pupillaire est voilé par une toile continue de cataracte secondaire qui se prêtera à une discision ultérieure.

Opération n° 19. M. R., Genève, 68 ans. 28 Avril 1871.

Cataracte double, noyau assez grand, corticale plutôt demi-molle. Globes oculaires très-proéminents. Extraction à droite.

Opération excessivement laborieuse. Incision plutôt petite pour le noyau. Pendant la manœuvre d'expulsion du cristallin, ce dernier se luxe et disparaît en haut sous la sclérotique: je réussis à le retirer avec un crochet pointu, mais le corps vitré se présente et j'ai hâte de pénétrer avec la curette et d'achever l'opération. Dès le soir, irido-choroïdite suppurative avec perte de l'œil.

Le deuxième œil, op. n° 26, a été opéré avec succès complet le 16 novembre 1871. Je lui avais fait pour plus de sûreté une iridectomie préparatoire le 20 septembre. Ce fut le premier cas où j'employai le taffetas anglais.

Opération n° 20. M. T., de Lancy, 72 ans, le 28 Avril 1871.

OEil droit opéré à l'hôpital cantonal précédemment, perte de l'œil par irido-cyclo-choroïdite. OEil gauche très-proéminent, cataracte nucléaire pas absolument mûre. L'état de cécité me force à opérer eu égard à l'âge déjà avancé de T. Pour plus de précautions, je lui fais, le 3 mars, une iridectomie préparatoire; malgré cela, l'extraction est peu facile; le corps vitré, très-liquéfié se présente de suite pendant les manœuvres d'expulsion de la cataracte, et je dois pénétrer avec la curette pour extraire le noyau: il reste un flocon de substance corticale dans le champ pupillaire. Contre toute attente, la guérison se fait sans réaction aucune; l'atropine est instillée dès le deuxième jour et continuée au moins six semaines; le 24 juin la pupille est absolument noire et le malade lit couramment n° 4 Jæger. Le bandeau compressif fut mal supporté, et ce fut, avec le cas précédent, pour moi le moment où je commençais à m'en défier sérieusement.

Opération n° 23. M. V., Savoie, 60 ans. 12 Otobre 1871.

Opération peu normale. Corps vitré avant la cataracte, in-

troduction de la curette: Atropine dès le deuxième jour. Guérison sans accident jusqu'au quatrième jour: nuit agitée avec toux opiniâtre, léger hypopyon qui disparaît au bout de trois jours pour reparaître le quinzième jour. Pupille du reste bien dilatée, conjonctivite très-gênante, cataracte secondaire marquée. Le 23me jour paracentèse, l'hypopyon ne se représente plus. Cependant la pupille se ferme de plus en plus. Tension —? pas de douleur. Vision quantitative passable: compte les doigts difficilement à 2 pieds. Une ou deux opérations subséquentes paraissent à peine indiquées. Il quitte la Clinique le 30me jour avec l'œil assez irrité: Le malade ne s'est pas représenté: il est, je crois, mort dernièrement.

Opération n° 32. M. M., de Genève, 48 ans, le 12 Mai 1872.

Cataracte demi-molle.

Corps vitré. curette comme n° 23. Iritis le cinquième jour. se terminant par une oblitération complète de la pupille, très-bonne vision quantitative. Le 9 juin, iridectomie en bas. Le champ pupillaire est encore fort obstrué par une cataracte secondaire très-dense: compte les doigts à 6′. Discision à faire plus tard. Le malade ne s'est pas représenté.

Opération n° 35. M. V., de Genève, 66 ans, le 4 Mai 1872.

Ce cas n'est pas compté dans la statistique, l'opération ayant été faite non pas pour rendre la vue à un œil profondément atteint des suites d'une ancienne irido-choroïdite (iridectomisé par moi un an auparavant). mais pour donner issue à une cataracte crétacée, source d'irritation perpétuelle, et éviter si possible une énucléation fortement recommandée, mais refusée par l'entourage du malade.

Opération n° 36. M. M., de Chambéry, 54 ans. 6 Septembre 1872.

OEil droit opéré sans succès à l'Hôtel Dieu de Lyon (iridochoroïdite).

A gauche cataracte demi-molle, petit noyau, malade chétif et débilité.

Iridectomie préparatoire le 11 juin précédent. Répétition exacte du n° 7. Iritis et même iridochoroïdite avec obstruction de la pupille. Iridectomie et discision offrent peu de chances de succès.

Opération n° 37. Mme P., même sujet que le n° 18. Le 23 Septembre 1872.

Extraction à gauche. Opération type, taffetas anglais enlevé le cinquième jour. Guérison absolument normale. Atropine le cinquième jour. Le sixième jour, chemosis considérable avec douleurs atroces dans l'œil et sécrétion séreuse jaunâtre. Je donne du chloroforme et j'incise largement ce chemosis. Soulagement immédiat et amendement prompt des symptômes. A quelle cause faut-il attribuer ces manifestations à une période aussi tardive, lorsqu'en général on peut poser en axiome que, passé le cinquième jour, la partie est gagnée : A l'instillation de l'atropine ou beaucoup plutôt au fait que la personne, très-sale de sa nature, se servit de l'eau avec laquelle on lui lavait les yeux pour rafraîchir une vaginite abondante qui la faisait assez souffrir, sans en parler à la garde-malade ? La guérison marcha dès lors progressivement, quoique lentement. Malade ne sait pas lire.

Pour ne pas fatiguer l'attention de mes lecteurs, je clos cette énumération assez sèche d'observations. Tous les autres

cas à savoir les n°s 10, 14, 21 (léger prolapsus de l'iris), 22, 24, 25, 26, 27 (très-légère iritis), 28, 29, 30, 31, 33 (prolapsus de l'iris), 34 (très-légère iritis), 37 (opéré en bas, avec iridectomie préparatoire), 38 (opéré en bas, altérations choroïdiennes étendues préexistantes, résultat relatif excellent comme au n° 15), 39 (sourd-muet idiot, mendiant de sa profession sur les grands chemins, opéré en bas), 40 (iritis), 41, 42, 43, 44 ont donné des résultats complets et la marche des opérations a été absolument normale. Les petits accidents notés entre parenthèses n'ont pas eu de conséquence fâcheuse sur l'état de la vue. Un grand nombre de ces opérés, notamment les n°s 24, 33, 37, 41, 42, 43, 44 lisent couramment les n°s 2 et 1 de Jæger.

V

Considérations sur l'opération de la pupille artificielle.

Il importe de distinguer deux termes généralement considérés comme synonymes et qui cependant correspondent à deux idées différentes bien que pouvant, dans certains cas donnés, être réunies en une seule. Je veux parler des termes d'*Iridectomie* et de *Pupille artificielle*. Dans les deux cas l'opération consiste à exciser un morceau de l'iris, mais dans la première, cette excision est le but même que se propose le chirurgien, tandis que dans la seconde elle n'est que le moyen d'arriver à ce but. Pour parler plus clairement, il s'agit dans l'iridectomie de couper un fragment d'iris, parce qu'ainsi l'on se rend maître d'une affection profonde que l'on ne peut combattre par aucun autre moyen, quelque inconvénient à d'autres égards que puisse avoir cette mutilation comme agrandissement de la pupille ordinaire. Dans la pupille artificielle, au contraire, il s'agit purement et simplement de créer aux rayons lumineux une voie jusqu'à la rétine et si l'on ne peut y arriver qu'en excisant un morceau d'iris, il faut bien s'y résigner, quels que soient les inconvénients inhérents à une solution de continuité

dans cette membrane. L'on comprend maintenant pourquoi les deux opérations pourront et devront différer : dans la première l'on peut généralement choisir l'emplacement de la nouvelle pupille, on la fera large et très-périphérique ; dans la seconde au contraire, l'emplacement sera presque toujours désigné d'avance par la lésion qui la rend nécessaire ; elle sera étroite et appropriée au but optique que l'on se propose.

Iridectomies	87	
Pour adhérences simples.		18
Pour iridochoroïdites idiopathiques ou suite d'opération de cataracte		39
Pour cataractes traumatiques		3
Pour glaucome		11
Pour affections de la cornée		8
Préparatoires à l'opération de la cataracte		8
Pupilles artificielles.	14	
Pour staphylôme de la cornée		1
Pour taies cornéennes		4
Pour leucomes adhérents		5
Pour opacités circonscrites du cristallin.		4

A. *Iridectomie.*

L'iridectomie se pratique dans deux cas différents qui, en apparence de nature très-différente, ne sont pas sans avoir des points communs, les affections glaucomateuses et les adhérences pupillaires postérieures, suites d'iritis aiguës ou chroniques, avec ou sans iridochoroïdite, avec ou sans phénomènes glaucomateux secondaires. Il n'entre pas dans le cadre de ce

travail de chercher à interpréter l'effet merveilleux de l'iridectomie dans le glaucome; des plumes plus autorisées que la mienne n'ont pas encore élucidé la question d'une manière absolument définitive. Je prends le fait tel qu'il est et me borne à constater que l'admirable découverte de M. de Græfe doit être comptée parmi les faits les plus importants de la chirurgie moderne, elle seule suffirait à immortaliser un homme.

Pour ce qui concerne les adhérences iridiennes postérieures, l'explication du mode d'action de l'iridectomie est si simple que je ne m'y arrêterai pas, désirant seulement chercher à étudier quelques points de la technique opératoire.

Jusqu'à ces dernières années, l'on se servait uniquement du couteau lancéolaire droit ou coudé depuis ses plus petits jusqu'à ses plus gigantesques (Angleterre) modèles. Cependant cet instrument est loin d'être irréprochable et tous ceux qui s'en sont servis n'ont pas manqué de formuler contre lui des plaintes très-justifiées. Aussi l'introduction par M. de Græfe de son couteau long et mince pour l'opération de la cataracte, en 1865 [1], ne tarda-t-elle pas à être le signal de son emploi pour de simples iridectomies. C'est M. de Wecker à Paris qui le premier en recommanda l'usage pour toutes les iridectomies et pupilles artificielles indistinctement. Sans aller tout à fait aussi loin que lui, je me reconnais un des fervents adeptes de ce nouveau procédé opératoire, je l'avais même empoyé quelquefois avant de savoir que M. de Wecker en généralisât autant l'emploi. Les cas où il m'a paru d'une supériorité incontestable sont ceux où il existe des synéchies postérieures nombreuses et larges, naturellement *à fortiori* dans les cas d'adhérences postérieures totales, circulaires (exclusio pupillæ des anciens).

[1] Archiv für Ophthalmologie, XI, 3.

L'avantage de ce couteau est plus particulièrement senti par ceux qui n'ont pas à leur disposition un assistant parfaitement rompu aux difficultés des opérations oculaires : je considère en effet l'ambidextrie comme devant sinon être reléguée dans le domaine du charlatanisme[1], du moins comme étant l'apanage d'un nombre excessivement restreint de chirurgiens. Aussi l'opérateur cherchera-t-il autant que possible à se charger de la partie principale de l'opération et à n'en confier à l'aide que la partie la plus accessoire.

Dans la technique classique, telle que M. de Græfe la pratiquait, l'opérateur fixant l'œil de la main gauche, faisait son incision avec la main droite, puis, avec la même main, sans changer la fixation, saisissait le fragment de l'iris avec la petite pince courbe en pénétrant dans la chambre antérieure, l'attirait au dehors, et l'aide le sectionnait, tangentiellement au niveau de la cornée avec des ciseaux recourbés sur le plat en un seul coup.

Tous ceux qui ont eu l'occasion de servir d'aide dans ces conditions savent que ce temps de l'opération est beaucoup plus difficile en réalité qu'il ne le semble au premier abord, et qu'un assistant maladroit peut compromettre singulièrement le résultat espéré. D'autre part, le seul moyen d'éviter ce contretemps est de passer la pince à fixation à l'assistant, d'introduire soi-même la pince (courbe) à iris dans la chambre antérieure avec la main gauche, et de sectionner son lambeau avec la droite. Or, c'est justement là que l'ambidextrie joue au chirurgien ses plus vilains tours : cette procédure est parfaitement désagréable. Avec la nouvelle incision au contraire, l'iris fait presque toujours prolapsus dans la plaie : dès lors, rien de plus

[1] Pour ne pas employer un mot plus sévère vis-à-vis de médecins qui sacrifient l'intérêt de leurs malades à la vaine gloriole d'une élégance imaginaire.

facile que de le saisir avec une pince (droite), de le développer et de le sectionner en deux temps avec les ciseaux *coudés*. Pour ce qui me regarde, je ne saurais trop me louer de la facilité que donne cette modification dans la technique de l'iridectomie et de la beauté des pupilles qui en résultent sans le moins du monde nier ou contester qu'avec l'autre procédé l'on ne puisse en faire également de très-belles.

Un second avantage réel, quoique moins frappant, et c'est pour cela que je le mets au second rang, quoique chronologiquement il soit au premier, est sans contredit la plus grande facilité d'exécution pour ce qui concerne l'incision elle-même. Le maniement du couteau lancéolaire est loin d'être toujours commode, et en outre, la forme elle-même de l'instrument, réunie à l'obliquité avec laquelle il doit pénétrer dans le globe oculaire, s'oppose à ce que la plaie interne soit de dimension égale à la plaie externe. Il arrive fréquemment qu'avec un malade indocile, une conjonctive qui se déchire et empêche une bonne fixation du globe, l'on est obligé de s'en tenir à une incision trop petite, l'humeur aqueuse s'écoulant avant la fin de la section : il reste bien la ressource d'agrandir la plaie avec des ciseaux, mais c'est une complication gênante et un allongement de l'opération déjà peu agréable pour le patient. Avec le couteau de Græfe l'on fait la ponction, puis la contre-ponction (manœuvres déjà moins douloureuses et plus promptes qu'une section), et une fois cette dernière effectuée, l'on tient l'œil complétement dans sa main sans qu'il puisse fuir ou se dérober. L'incision est d'une périphéricité aussi complète que l'on peut la désirer, en tout cas plus qu'avec les couteaux lancéolaires de fort modèle. Le système de couper l'iris en deux temps est excessivement commode pour obtenir une périphéricité absolue de la pupille artificielle, même avec une incision relativement peu périphérique.

Je n'insiste pas sur les dangers que peut courir la capsule de cristallin de la part du couteau lancéolaire ; un opérateur adroit doit être sûr de ce côté-là, ou bien il ne doit pas se hasarder à toucher un œil : du reste, avec le couteau de Græfe, les risques sont au moins les mêmes.

Les iridectomies opérées de cette manière sont ainsi plus larges et plus périphériques que celles dues au couteau lancéolaire, et cela est certainement un avantage. C'est pour moi un axiome que, dans les maladies qui nécessitent cette opération, l'on ne doit pas marchander sur la grandeur du lambeau de l'iris à exciser.

Pour être juste cependant, je dois dire qu'il arrive quelquefois qu'avec ce procédé, ou pour mieux dire avec le prolapsus de l'iris qui en est la conséquence désirée, la forme de la nouvelle pupille est moins gracieuse qu'avec l'ancien ; elle ressemble trop souvent, que l'on me permette cette comparaison vulgaire, à une tranche de gâteau : cela tient à ce que l'on n'est pas absolument maître de l'étendue du sphincter de l'iris qui se détache du cristallin, tandis qu'avec l'introduction de la pince l'on peut exactement mesurer ce que l'on saisit entre ses mors et avoir ainsi un colobome de forme plus régulière.

Comme conséquence de l'adoption du couteau long et étroit ressort l'obligation de n'opérer qu'en haut ou en bas ; du moins je n'ai pas pu me familiariser avec la modification que M. de Wecker a fait subir à l'instrument de de Græfe pour opérer en dedans ou en dehors. Si donc le cas spécial exigeait une iridectomie dans l'une de ces deux dernières directions, il faudrait en revenir au couteau lancéolaire, dont la technique ne doit pas être oubliée par le chirurgien, cet instrument me paraissant encore indispensable dans bien des cas. Heureusement cela n'est pas à regretter, car, dans l'immense majorité des cas, où l'on a le choix de l'emplacement de la nouvelle pupille,

l'on opérera toujours en bas ou en haut : l'on a renoncé, quoique pas assez généralement, à ces affreuses iridectomies en dehors qui étaient encore de mode il n'y a pas longtemps. Autant que possible j'opère en bas les cas de synéchies postérieures, et en haut ceux de glaucome ; mais là comme ailleurs, il faut individualiser chaque malade en particulier, et il y aura ainsi des glaucomes que l'on devra opérer en bas, l'opération en haut étant certainement plus dangereuse avec un malade indocile dont l'œil nécessite une fixation énergique.

Un dernier point me reste à examiner, c'est justement celui du glaucome. Beaucoup d'oculistes, reconnaissant les avantages réels du couteau de Græfe, redoutent cependant de l'employer lorsqu'il s'agit de cette affection. Ils se basent sur le fait parfaitement incontestable que : 1° la forme de la section laisse l'humeur aqueuse s'écouler d'une manière beaucoup plus brusque et soudaine, et que : 2° par suite de l'augmentation considérable de pression introculaire qui constitue le glaucome, cette diminution subite de tension peut amener soit des hémorrhagies rétiniennes ou choroïdiennes, soit une rupture de la zonule de Zinn, soit une déchirure de la capsule cristallinienne, complications très-graves qu'il faut à tout prix éviter, et qui compromettraient singulièrement la découverte si admirable de de Græfe. L'on craint également de blesser directement le cristallin avec la pointe du couteau, la chambre antérieure se trouvant souvent diminuée d'une manière fort appréciable. Pour ce qui me concerne, j'avoue être encore dans la classe de ces timides. M. de Wecker est plus hardi et emploie le couteau en question indistinctement pour toutes les iridectomies. Ce n'est pas manque d'envie que je ne suis pas son exemple, car c'est surtout pour l'iridectomie en haut que ce procédé est particulièrement commode. Du reste, la question étant encore à l'étude, je ne me crois pas autorisé pour le moment à

faire des expériences sur mes malades avant qu'elle soit plus avancée.

Appendice.

Iridectomie préparatoire à l'opération de la cataracte.

L'on pourrait certainement faire une longue dissertation sur ce sujet. Je me bornerai à quelques remarques :

L'opération de la cataracte est certainement considérablement facilitée par l'existence préalable d'une iridectomie. Aussi sera-t-on autorisé à la recommander vivement dans tous les cas où le premier œil aura été perdu pour une cause ou pour une autre, surtout à la suite d'une opération de cataracte. En outre, les dangers d'une inflammation de l'iris sont certainement diminués par le fait que le cristallin, au lieu de froisser les deux lèvres d'une place fraîche de l'iris, trouve déjà cette membrane cicatrisée[1]. Cependant, pour des malades même non pusillanimes, le fait d'une double opération est certainement une perspective peu agréable, et sans nier les avantages qui peuvent en résulter, je serais disposé à croire qu'on les a exagérés.

Si l'opération de Liebreich devait se généraliser, il va sans dire que l'iridectomie préparatoire deviendrait encore plus rare.

B. *Pupille artificielle.*

Je serai bref sur ce sujet, ayant suivi dans ma pratique les conseils généralement connus. L'opération est faite avec le couteau

[1] L'iridectomie doit être pratiquée au moins six semaines avant l'opération de la cataracte.

lancéolaire coudé[1]. L'iris est attiré au dehors lorsqu'il ne fait pas prolapsus et son excision confiée à un aide; naturellement le lambeau de l'iris sera aussi petit que possible, en égard au but purement optique que l'on se propose. S'il s'agit de taies cornéennes, l'on choisit l'endroit le plus transparent de la cornée; si, au contraire, il s'agit d'opacités circonscrites du cristallin, l'on pourra en général opérer au lieu d'élection, à savoir en dedans et en bas environ dans le rayon situé à peu près à 40° du diamètre vertical et à 50° du diamètre horizontal.

Si j'ai tenu à séparer ces deux opérations, l'iridectomie et la pupille artificielle, je dois cependant reconnaître qu'il y a de nombreux cas où elles se réunissent dans un but commun: je veux parler de tous ceux dans lesquels l'iridectomie est pratiquée pour arrêter la marche de kératites excessivement opiniâtres rebelles à tout autre traitement, compliquées ou non d'iritis concomitante; il va sans dire que l'on devra autant que possible faire de sorte que l'iridectomie soit en même temps une pupille artificielle, l'inverse devant se présenter rarement. Dans cette opération, en effet, l'on aura surtout en vue le but antiphlogistique de l'iridectomie et je crois que l'on n'y a pas assez souvent recours dans ces formes de kératites inguérissables qui sont la croix aussi bien du médecin que du malade. Je ne l'ai pratiquée que 8 fois et j'avoue regretter infiniment de ne pas l'avoir fait plus souvent. Le résultat en est frappant, et je la

[1] Je ne me suis jamais servi du couteau lancéolaire droit.

recommanderai vivement dans tous les cas si nombreux dans lesquels, même sans iritis concomitante, la pupille a la plus grande peine à se dilater, nécessite des instillations si fréquentes d'atropine, que l'on doit quelquefois en supprimer l'emploi lorsque des symptômes d'intoxication [1] se manifestent? Dans ces cas la cornée n'est souvent exempte d'inflammation que lorsque la pupille est dilatée *ad maximum*, et l'on se trouve ainsi dans un cercle vicieux dont il n'est pas possible de sortir autrement que par une iridectomie; sans nier l'effet de la paracentèse, cette opération a l'inconvénient de devoir généralement être répétée fréquemment sans que l'on soit même sûr du résultat final: en outre, elle est aussi douloureuse, et son seul avantage est la durée un peu plus courte, mais la différence est bien peu de chose, surtout si après 4-5 paracentèses l'on se voit forcé de recourir à l'iridectomie. Bien des malades s'éviteraient de longues souffrances et une incapacité de travail prolongées s'ils voulaient en temps opportun se décider à une opération par elle-même parfaitement inoffensive, la déformation de la pupille qui en résulte entrant peu en ligne de compte en présence des taies et obscurcissements de la cornée que présentent les yeux en question. Malheureusement le mot *opération* est en très-mauvaise odeur auprès du public, et beaucoup de gens préfèrent attendre, espérant toujours que la maladie passera toute seule et suivant aveuglement les prescriptions les plus incongrues et souvent les plus dégoutantes de charlatants aussi ignorants que peu scrupuleux.

[1] L'atropine sans action générale quelconque lorsqu'elle n'est qu'absorbée par l'humeur aqueuse, peut devenir dangereuse dans certains cas, heureusement peu fréquents, dans lesquels la solution diluée par les larmes passant par le canal nasal, descend dans les fosses nasales, le pharynx, et finalement l'estomac, manifestant ainsi ses effets généraux sur l'économie, tels que sécheresse de gorge, soif inextinguible, difficulté d'avaler, etc.

Pour ce qui regarde le pansement de ces deux opérations, j'ai cru devoir m'affranchir des soins un peu trop prolongés que beauconp d'oculistes croient devoir prodiguer à leurs opérés. Sans être aussi sommaire que nos confrères anglais, il est rare que j'applique le bandeau compressif plus de vingt-quatre heures; je n'en ai quelquefois point mis du tout, la plaie, surtout celle faite avec le couteau lancéolaire, guérit admirablement vite: il est rare que les malades restent à la Clinique plus de 4-5 jours.

En terminant cette revue bien rapide, je crois devoir encore insister sur un point que malheureusement trop de chirurgiens oublient, lorsqu'il s'agit d'opérations qui se pratiquent sur les yeux: L'on cherche trop à faire vite et brillamment; rien n'est plus dangereux, rien ne doit être plus sévèrement blâmé. Le chirurgien doit savoir posséder tout son calme, attendre quelquefois un moment plus favorable, renvoyer l'opération à un autre jour, ou se décider à administrer le chloroforme s'il voit le malade absolument intraitable: même au milieu d'une opération l'on peut se trouver obligé d'avoir recours, bien contre son gré à l'anesthésie du patient; tout doit être sacrifié à la netteté de l'opération. Tous ceux qui comme moi ont encore eu le bonheur de voir notre immortel maître à tous, le prof. A. de Græfe, seront certainement de mon avis. L'élégance, il ne l'a jamais cherchée, mais qui pourrait se vanter d'avoir jamais opéré plus sûrement que lui!

Genève, le 29 Novembre 1872.

TABLE DES MATIÈRES

		Pages
I.	Statistique	5
II.	Considérations cliniques et thérapeutiques	16
III.	Emploi du chloroforme dans la chirurgie oculaire	30
IV.	Considérations sur l'opération de la cataracte	35
V.	Considérations sur l'opération de la pupille artificielle	56
	A. *Iridectomie*	57
	B. *Pupille artificielle*	63

ERRATA

Page 18, note, au lieu de *Phtisis*, lisez *Phthisis*.

Page 22, ligne 18, au lieu de *7*, lisez *15*.

Page 24, ligne 12, au lieu de *l'on est*, lisez *l'on n'en est*.